COUVERTURE VACCINALE POUR LE VACCIN d_2T_5 DES ADOLESCENTS ÂGÉS DE 15 ANS RÉSIDANT EN MONTÉRÉGIE

LINA PERRON

Décembre 1999

106-06314/

Auteure
Lina Perron

Secrétariat
Marie-Claude Guillette

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

La copie tue le livre! *Cette phrase est devenue une maxime dans le domaine de la protection des droits d'auteur. Si ce document vous plaît, c'est peut-être parce que tant sa présentation que son contenu ont été soigneusement traités et ce, avec un souci de qualité digne de ses lecteurs. Copier c'est reproduire, acheter c'est produire!*

Merci!

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Charbonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : I 14,131

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
4e trimestre 1999

MOT DU DIRECTEUR

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport de cette première étude sur la couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 réalisée auprès des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie.

L'immunisation demeure l'une des mesures de prévention les plus efficaces dont les bénéfices pour la santé n'ont plus à être démontrés. Dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le Québec s'est donné comme objectif entre autres qu'en l'an 2002, 95 % des adolescents de 15 ans aient reçu une dose du vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5). Dans son *Programme régional de santé publique Montérégie*, la Direction de la santé publique en Montérégie s'est engagée à améliorer la couverture vaccinale pour les groupes cibles visés par les différents programmes de vaccination. La présente étude répond au besoin d'évaluer la vaccination des adolescents contre la diphtérie et le tétanos dans le but d'améliorer les services de vaccination pour les adolescents.

En 1999, la proportion des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie qui avaient reçu le vaccin d_2T_5 était inconnue; l'objectif premier de l'étude était donc de mesurer cette proportion aussi appelée taux de couverture vaccinale du vaccin d_2T_5. Le second objectif était de comparer les taux de couverture vaccinale atteints selon les différentes stratégies d'administration du vaccin par les CLSC afin de proposer des améliorations permettant l'atteinte de l'objectif des priorités nationales de santé publique.

Le directeur,

Luc Boileau, MD, FRCPC

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Maryse Samson pour son travail minutieux de collecte des données.

Je désire remercier Manon Blackburn pour son aide apportée au niveau de la méthodologie lors de l'élaboration de l'étude. Je remercie aussi Marc Lavoie pour son support et sa patience dans le traitement et la présentation des résultats.

Je veux adresser un merci tout spécial à Anne-Marie Clouâtre, Ann Fortin et François Milord pour leurs judicieux commentaires. Je remercie également Odette Leduc, coordonnatrice du module maladies transmissibles, pour son appui tout au long de cette étude.

Je remercie les coordonnatrices et les intervenantes du secteur Famille-Enfance-Jeunesse de tous les CLSC de la Montérégie pour leur collaboration.

Un gros merci à Marie-Claude Guillette pour son bon travail de secrétariat et à Christiane Dion pour son aide technique.

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention accordée par le comité de coordination de la direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie dans le cadre de son Programme de subventions en santé publique.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ 9

INTRODUCTION 11

1. MÉTHODOLOGIE 13

1.1 Hypothèse 13
1.2 But 13
1.3 Objectifs 13
1.4 Définitions 13
1.5 Devis, population à l'étude et échantillonnage 14
1.6 Volet éthique 15
1.7 Collecte des données 15
1.7.1 Collecte auprès des adolescents *15*
1.7.2 Collecte auprès des CLSC *17*
1.8 Traitement des données et analyses statistiques 17

2. RÉSULTATS 19

2.1 Collecte des données 19
2.2 Caractéristiques des répondants 20
2.3 Disponibilité du carnet de vaccination 20
2.4 Évaluation de la primo-immunisation 20
2.5 Lieu d'administration du vaccin d_2T_5 20
2.5.1 Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 pour l'ensemble de la Montérégie *21*
2.5.2 Couverture vaccinale selon le CLSC *21*

3. DISCUSSION 23

3.1 Méthodologie 23
3.1.1 Méthode d'échantillonnage *23*
3.1.2 Méthode de cueillette des données *23*
3.2 Résultats 24
3.2.1 Représentativité des répondants *24*
3.2.2 Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 pour l'ensemble de la Montérégie *24*
3.2.3 Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 selon la stratégie d'administration du vaccin par le CLSC *24*

CONCLUSION 27

ANNEXE 1 Questionnaire d'enquête 29

ANNEXE 2 Aide mémoire 35

ANNEXE 3 RÉPONSES À CERTAINS MOTIFS DE REFUS **39**

ANNEXE 4 RÉPONSES À CERTAINES QUESTIONS DES RÉPONDANTS **43**

ANNEXE 5 DÉBUT DE L'ENTREVUE **47**

ANNEXE 6 CALENDRIER RÉGULIER D'IMMUNISATION DU QUÉBEC **51**

BIBLIOGRAPHIE **55**

RÉSUMÉ

Introduction

Un des résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique* est qu'en l'an 2002, 95 % des enfants de 15 ans aient reçu les rappels du calendrier régulier dont le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5). En 1999, la proportion des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie qui ont reçu le vaccin d_2T_5 demeurait inconnue. Le premier objectif de l'étude était de mesurer cette proportion aussi appelée taux de couverture vaccinale pour le vaccin d_2T_5. Un second objectif était de tester l'hypothèse que la proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 est plus élevée lorsque le CLSC responsable du service de santé scolaire de l'école fréquentée en secondaire III administre le vaccin d_2T_5 en milieu scolaire durant les heures de classe en procédant classe par classe.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée auprès d'un échantillon représentatif des adolescents résidant en Montérégie, nés entre le 1 janvier et le 31 décembre 1983. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé administré par entrevue téléphonique par une infirmière engagée et formée à cet effet. Les renseignements concernant les vaccins reçus devaient obligatoirement être recueillis à partir du carnet de vaccination de l'adolescent.

Des informations concernant les façons de faire des CLSC en regard de l'administration du vaccin d_2T_5 ont également été recueillies à partir de diverses sources de données. Les stratégies d'administration du vaccin d_2T_5 varient selon les CLSC. Ces derniers ont été regroupés pour former trois catégories. La première catégorie comprend les CLSC qui n'offrent pas le vaccin en milieu scolaire, la troisième catégorie regroupe les CLSC qui vaccinent systématiquement les élèves en milieu scolaire durant les heures de classe et la deuxième catégorie se compose des CLSC qui soit, offrent le vaccin en milieu scolaire aux élèves qui en font la demande, soit ont vacciné en milieu scolaire pour la première fois en 1998-1999.

Résultats

Le taux de réponse a été de 95,3 % et 345 questionnaires ont pu être complétés. Le carnet de vaccination était disponible pour 287 adolescents (83,2 %) et la primo-immunisation était complète pour 95,5 % d'entre eux. Parmi les 282 adolescents qui devaient recevoir le vaccin d_2T_5, 139 avaient reçu le vaccin et 143 ne l'avaient pas reçu. En Montérégie, le taux de couverture vaccinale des adolescents de 15 ans en regard des vaccins contre la diphtérie et le tétanos est estimé à 50,2 % (I. C. 44 %- 56 %). On retrouve le taux de couverture vaccinale le plus bas (36,8 %) dans la catégorie 1 où la vaccination n'est pas offerte en milieu scolaire et le taux le plus élevé (67 %) dans la catégorie 3 où la vaccination en milieu scolaire est faite systématiquement durant les heures de classe. Quant au taux de couverture vaccinale de la catégorie 2, il se situe entre ces deux valeurs (46,9 %). Les différences observées entre chacune des catégories sont statistiquement significatives.

Discussion

Le fait d'avoir engagé et formé une infirmière pour réaliser des entrevues téléphoniques a permis d'avoir un taux de réponse très élevé et d'obtenir des données de qualité pour un coût moindre que celui relié à l'emploi de questionnaires postaux avec une relance.

En Montérégie, la moitié seulement des adolescents de 15 ans ont reçu le vaccin d_2T_5. Ce taux de couverture vaccinale est inférieur à celui de d'autres régions du Québec pour lesquelles l'information est disponible et où le vaccin d_2T_5 est administré en milieu scolaire par les CLSC.

L'étude démontre que la vaccination faite en milieu scolaire durant les heures de classe est la stratégie de vaccination qui procure le taux de couverture vaccinale le plus élevé. Il est donc recommandé que tous les CLSC incluent le plus rapidement possible dans leur programme de santé scolaire, l'administration du vaccin d_2T_5. De plus, cette intervention devrait être l'occasion de faire la mise à jour des vaccins des adolescents de secondaire III. En effet, une intervention de vaccination auprès de ce groupe d'âge constitue la dernière chance de rejoindre une clientèle captive et d'obtenir une bonne protection de la population contre les maladies évitables par l'immunisation de base.

INTRODUCTION

L'immunisation demeure l'une des mesures de prévention les plus efficaces dont les bénéfices pour la santé n'ont plus à être démontrés. De plus, pour l'ensemble des maladies visées par le programme de vaccination, chaque dollar investi entraîne des économies de plusieurs dollars[1]. Dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, le Québec s'est donné sept priorités d'action nationales dont celle de lutter contre les maladies évitables par l'immunisation. Dans ce cadre, un des résultats attendus est qu'en l'an 2002, 95 % des enfants de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier[2]. On entend, par rappels du calendrier régulier, une deuxième dose du vaccin contre la rougeole recommandée à l'âge de 18 mois et une dose du vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5) recommandée entre l'âge de 14 et 16 ans[3]. De même, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie s'est engagée à améliorer la couverture vaccinale pour les groupes cibles visés par les différents programmes lors de l'élaboration de son *Programme régional de santé publique Montérégie*[4].

En Montérégie, de 1994, année d'implantation du programme de vaccination universelle contre l'hépatite B, à 1998, la proportion des élèves de 4e année du primaire ayant reçu les trois doses du vaccin contre l'hépatite B est de 80,8 %, 89,7 %, 90,8 %, 90,1 % et 88,6 %[5]. Lors de la campagne de vaccination massive contre la rougeole en 1996, la proportion des étudiants de secondaire ayant reçu une dose du vaccin contre la rougeole au cours de la campagne est de 86,1 %[6]. De plus, depuis 1997, on connaît le pourcentage des élèves inscrits en maternelle qui ont reçu les deux doses du vaccin contre la rougeole soit 76,7 % en 1997-1998 et 70,9 % en 1998-1999[7].

Actuellement, la proportion des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie qui ont reçu le vaccin d_2T_5 est inconnue. Toutefois, des indices laissent croire que la proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu leur vaccin d_2T_5 est probablement très inférieure au résultat attendu de 95 %.

Le présent rapport présente d'abord l'hypothèse de travail, le but et les objectifs visés par l'étude. La méthodologie utilisée est ensuite décrite de façon détaillée puis les résultats obtenus sont présentés. Dans le cadre de la discussion, certains éléments de la méthodologie sont repris puis les résultats sont revus à la lumière des modalités d'administration du vaccin d_2T_5.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 Hypothèse

Une étude réalisée en 1997-1998[8] a démontré que la proportion d'élèves de 4e année du primaire ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B est plus élevée lorsque la vaccination est effectuée à l'école durant les heures de classe que lorsque la vaccination est offerte lors de cliniques spéciales du CLSC hors des heures de classe.

L'hypothèse testée est que la proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 est plus élevée lorsque le CLSC responsable du service de santé scolaire de l'école fréquentée par les adolescents en secondaire III offre la vaccination en milieu scolaire durant les heures de classe, en procédant classe par classe.

1.2 But

La présente étude a pour but de favoriser l'atteinte d'un des résultats attendus des *Priorités nationales de santé publique* à l'effet que 95 % des enfants de 15 ans aient reçu la dose de rappel du vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5).

1.3 Objectifs

Le premier objectif est de mesurer la proportion des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie qui ont reçu la dose de rappel du vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5).

Le second objectif est de tester l'hypothèse de travail en déterminant la proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 en fonction de la stratégie d'administration du vaccin par le CLSC responsable du service de santé scolaire de l'école fréquentée en secondaire III.

1.4 Définitions

De façon théorique, le taux de couverture vaccinale est défini comme étant le rapport entre le nombre d'adolescents observés adéquatement vaccinés selon leur âge et le nombre total d'adolescents observés, le taux de couverture vaccinale corrigé étant le rapport entre le nombre d'adolescents observés adéquatement vaccinés selon leur âge et le nombre total d'adolescents observés moins le nombre d'adolescents pour lesquels le statut vaccinal est inconnu[9]. Dans la présente étude, le terme « couverture vaccinale » réfère au taux de couverture vaccinale corrigé.

Tel que défini dans le *Protocole d'immunisation du Québec*, un adolescent de 15 ans est considéré adéquatement vacciné si sa primo-immunisation est complète et s'il a reçu une dose de rappel du vaccin d_2T_5. La primo-immunisation est complète lorsqu'une personne a reçu soit quatre doses d'un vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT) dont l'une après l'âge de quatre ans, soit trois doses d'un vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5) ou quatre doses de l'un ou l'autre de ces vaccins si les deux vaccins ont été utilisés[3].

1.5 *Devis, population à l'étude et échantillonnage*

Il s'agit d'une étude descriptive transversale. La population à l'étude se compose des adolescents nés entre le 1 janvier et le 31 décembre 1983, donc âgés de 15 ans au 1er janvier 1999, et résidant en Montérégie au moment de l'enquête. La taille de la population à l'étude étant d'environ 18 000 adolescents (données électroniques, Statistiques Canada), nous avons procédé à un échantillonnage. Considérant une précision de 5 % autour de l'estimation de la couverture vaccinale et une erreur de première espèce égale à 5 %, il était nécessaire d'étudier 400 sujets. La taille de l'échantillon a été fixée à 1 000 sujets.

L'échantillon a été créé à partir des inscriptions à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Cette base de données comporte plusieurs avantages. Elle peut faire la sélection des sujets selon l'âge, permettant ainsi une comparaison optimale avec les résultats attendus des priorités nationales de santé publique. Les inscriptions à la RAMQ contiennent plusieurs renseignements utiles dont le nom et l'adresse du parent responsable, ce qui permet d'établir rapidement un contact avec le parent lors de la tenue de l'enquête. Elle est aussi représentative de la population à l'étude puisqu'au 1er juillet 1997, environ 97 % des montérégiens âgés entre 15 et 19 ans y étaient inscrits[1].

L'échantillonnage a été effectué par la RAMQ selon les procédures suivantes. Dans un premier temps, les codes postaux de toutes les personnes inscrites à la RAMQ ont été vérifiés et les résidents de la Montérégie ont été sélectionnés. Dans un deuxième temps, les dossiers des personnes nées entre le 1er janvier et le 31 décembre 1983 ont été identifiés. Au total, 17 915 adolescents de 15 ans ont été retenus dans le fichier de la RAMQ. Un numéro a été attribué à chacun de ces dossiers et, à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires, un échantillon de 1 000 dossiers a été constitué. Pour chaque dossier choisi, la RAMQ a transmis à l'équipe de recherche le nom, le prénom et le sexe de l'adolescent ainsi que le nom, le prénom, l'adresse postale et la langue de correspondance du ou des parents responsables.

[1] Au 1er juillet 1997, on dénombrait 90 823 personnes âgées entre 15 et 19 ans inscrites à la RAMQ alors que la population du même groupe d'âge était estimée à 93 709 personnes par le Bureau de la statistique du Québec (données électroniques, Statistiques Canada mars 1999).

La population visée dans l'objectif défini par les priorités nationales de santé publique est celle des adolescents de 15 ans alors que la population visée dans le bilan de la première année d'implantation des priorités nationales de santé publique[10] est celle des adolescents de secondaire III. Ceci s'explique par le fait que lorsque les CLSC offrent le vaccin d_2T_5 en milieu scolaire, ils interviennent au niveau de secondaire III. La population à l'étude a été déterminée à partir de l'âge de l'adolescent (15 ans) plutôt qu'à partir de l'école fréquentée en secondaire III pour diverses raisons. En premier lieu, certains adolescents résidant en Montérégie fréquentent des établissements scolaires situés dans d'autres régions et des écoles de la Montérégie accueillent des adolescents résidant dans d'autres régions. Deuxièmement, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer le degré d'atteinte de l'objectif visant les adolescents de 15 ans alors que les étudiants de secondaire III n'ont pas tous cet âge, certains sont plus jeunes. Finalement, il était plus simple d'obtenir une liste d'adolescents à partir d'un fichier unique, celui de la RAMQ, qu'à partir de listes d'étudiants provenant de multiples établissements scolaires de niveau secondaire de la Montérégie.

1.6 Volet éthique

Le transfert et l'utilisation des données de la RAMQ ont été approuvés par la Commission d'accès à l'information du Québec.

1.7 Collecte des données

1.7.1 Collecte auprès des adolescents

Avant de débuter les entrevues, la liste des sujets a été soigneusement examinée afin de vérifier si les sujets sélectionnés habitaient le territoire de la Montérégie et s'il n'y avait aucune périodicité pour chacune des variables de la liste. Cette vérification a permis d'identifier quatre sujets habitant hors de la Montérégie qui ont été retirés de la liste. Cela nous a également permis de remarquer que les sujets provenant de certaines petites municipalités étaient regroupés dans des sections précises de la liste. Afin d'éliminer un biais de sélection possible, l'ordre des participants dans la liste a été redistribué aléatoirement. Par la suite, les numéros de téléphone du ou des parents responsables ont été obtenus à partir des cinq annuaires Cole qui couvrent la Montérégie et du site internet Sympatico Canada 411.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé (Annexe 1) administré par entrevue téléphonique. Les entrevues ont été réalisées par une infirmière ayant reçu une formation dans le cadre de l'étude. Des règles précises ont été mises en place afin de contrôler le biais associé à la non-réponse. Un minimum de trois tentatives, dans trois plages horaires distinctes et sur trois jours différents, ont été faites pour rejoindre chaque sujet avant de déclarer que le sujet était un non-répondant. Plusieurs outils méthodologiques, dont un aide-mémoire (Annexe 2), une liste des réponses appropriées pour divers motifs de refus (Annexe 3), des réponses possibles à certaines questions de la part des répondants (Annexe 4) et la façon de débuter l'entrevue (Annexe 5), ont été élaborés et remis à l'infirmière réalisant les entrevues afin de faciliter et de standardiser l'approche auprès des répondants. Le répondant pouvait être l'adolescent, un de ses parents ou un membre de sa fratrie.

Le questionnaire utilisé pour les entrevues a été développé spécifiquement pour les fins de l'étude en respectant les principes formulés par Dillman[11]. Le questionnaire a été validé par des experts et il a été pré-testé auprès de 12 parents d'adolescents d'environ 15 ans. Le pré-test a été conçu de manière à simuler le plus fidèlement possible les conditions réelles de l'enquête, ce qui permettait de tester le questionnaire ainsi que la méthodologie de la collecte des données. Le questionnaire débute par des questions portant sur le nom et la localité de l'école fréquentée par l'adolescent en secondaire III ainsi que sur l'adresse du domicile familial à ce moment et l'adresse actuelle. Les questions suivantes portent sur les vaccins reçus contre la diphtérie et le tétanos, le lieu et le contexte de la vaccination d_2T_5 ainsi que le nombre de personnes qui vivent avec le répondant.

Les renseignements concernant la vaccination contre la diphtérie et le tétanos devaient obligatoirement être recueillis à partir du carnet de vaccination de l'adolescent. Le recours à la seule mémoire du répondant étant formellement jugé inadéquat pour compléter cette partie du questionnaire. Les informations recherchées étaient les abréviations DCT, DPT (version anglaise de DCT), dT, dT-Polio et d_2T_5 localisées dans les pages 10, 11 et 15 du carnet de vaccination. Pour chaque vaccin identifié dans le carnet, l'infirmière notait le nom du vaccin, la dose administrée ainsi que la date d'administration. Par la suite, la primo-immunisation de chaque adolescent a été évaluée par l'infirmière puis revue par la chercheuse.

1.7.2 Collecte auprès des CLSC

Les informations concernant les façons de faire des CLSC en regard de l'administration du vaccin d_2T_5 ont d'abord été extraites du Bilan des activités de promotion-prévention en santé publique dans les CLSC de la Montérégie[12]. Par la suite, les coordonnatrices Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC ont été rejointes par téléphone pour vérifier l'exactitude des renseignements disponibles; certains CLSC avaient changé leur façon de procéder depuis la réalisation de ce bilan. Plusieurs coordonnatrices ont fourni l'information, d'autres ont référé à une infirmière oeuvrant en milieu scolaire. Finalement, des informations complémentaires ont été recueillies auprès d'intervenantes des CLSC présentes à l'atelier sur la vaccination en milieu scolaire offert lors de la Journée régionale de santé publique de mai 1999[13].

Les stratégies d'administration du vaccin d_2T_5 varient selon les CLSC. Certains appliquent une stratégie de vaccination durant les heures de classe en procédant classe par classe, stratégie semblable à celle employée pour la vaccination universelle du vaccin contre l'hépatite B aux élèves de 4e année du primaire. D'autres CLSC offrent le vaccin en milieu scolaire à ceux qui le désirent mais ne vaccinent pas de façon systématique durant les heures de classe ou encore vaccinent durant des journées pédagogiques. Certains CLSC donnent de l'information sur la vaccination en milieu scolaire et la vaccination est offerte au CLSC. De plus, pour une même stratégie, les modalités peuvent différer selon les CLSC, notamment dans la manière de donner l'information sur la vaccination.

Suite aux renseignements obtenus et devant la diversité des façons de faire des CLSC, ces derniers ont été regroupés pour former trois catégories. La définition des catégories, faite avant de recueillir les résultats pour éviter un éventuel biais, a été réalisée pour être en mesure de tester l'hypothèse de travail. La première catégorie comprend les six CLSC qui n'offrent pas le vaccin en milieu scolaire alors que la troisième catégorie regroupe les sept CLSC qui vaccinent systématiquement les élèves en milieu scolaire durant les heures de classe. Quant à la deuxième catégorie, elle est formée de quatre CLSC qui offrent le vaccin en milieu scolaire aux élèves qui en font la demande et de deux CLSC qui, pour la première fois en 1998-1999, vaccinaient de façon systématique en milieu scolaire.

Finalement, une autre source de données a été utilisée à savoir le rapport d'intervention de la vaccination d_2T_5 pour l'année scolaire 1998-1999[14] fourni par les CLSC. Ce rapport a été élaboré à partir des données fournies par les CLSC sur le nombre d'élèves inscrits en secondaire III, le nombre de doses du vaccin d_2T_5 administrées et le nombre d'élèves déjà vaccinés.

1.8 Traitement des données et analyses statistiques

Le traitement des données et les analyses statistiques ont été réalisés à l'aide de la version 8.0 du logiciel SPSS. Le logiciel Harvard Graphics, version 98.0 a été utilisé pour la présentation graphique des données. Les analyses statistiques de cette étude sont principalement de nature descriptive pour les différentes variables étudiées.

La couverture vaccinale contre la diphtérie et le tétanos a d'abord été établie pour l'ensemble des adolescents âgés de 15 ans résidant en Montérégie. Par la suite, les couvertures vaccinales ont été calculées pour chacune des trois catégories définies dans le cadre de l'étude. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test du chi-carré avec une erreur de première espèce fixée à 5 %.

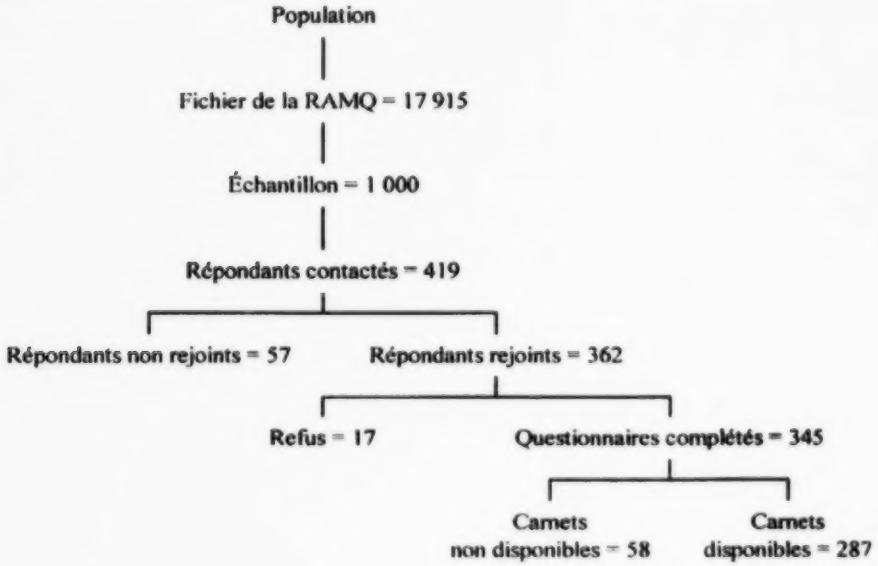
2. RÉSULTATS

2.1 *Collecte des données*

Le résumé du nombre d'adolescents de 15 ans observés au cours de chaque étape de l'étude est présenté dans la figure 1.

La proportion des répondants contactés mais non rejoints est de 86,4 % (362/419). Un total de 57 répondants, répartis uniformément en Montérégie, n'ont pu être rejoints pour diverses raisons telles l'absence de réponse (59,7 %), le mauvais numéro de téléphone (22,8 %) et un numéro de téléphone déconnecté (17,5 %). Parmi les 362 répondants rejoints, le taux de réponse a été de 95,3 % et 345 questionnaires ont pu être complétés. La proportion de questionnaires complétés par CLSC correspond bien à la proportion d'adolescents de 15 ans résidant sur le territoire des différents CLSC.

Figure 1 : Résumé du nombre d'adolescents de 15 ans observés au cours de chaque étape de l'étude, Montérégie, 1999



2.2 *Caractéristiques des répondants*

La mère de l'adolescent visé par l'étude est la personne ayant répondu au questionnaire le plus fréquemment (72,8 %). L'adolescent concerné a répondu lui-même dans 22,3 % des cas. Les autres répondants se distribuent entre le père (4 %) et la fratrie de l'adolescent (1 %).

Quarante-cinq pour-cent (45,2 %) des familles des adolescents rejoints sont composées de quatre personnes, 22,3 % de cinq personnes et 18,3 % de trois personnes. Quant aux 14,2 % des autres familles, elles se composent de deux, six ou sept personnes.

La distribution géographique des répondants et des non répondants est comparable et correspond au poids populationnel des territoires de CLSC.

2.3 *Disponibilité du carnet de vaccination*

Le carnet de vaccination était disponible pour 287 adolescents (83,2 %) et non disponible pour 58 (16,8 %). La distribution du lieu de résidence des adolescents n'ayant pas leur carnet de vaccination disponible est similaire à celle de ceux ayant leur carnet de vaccination.

2.4 *Évaluation de la primo-immunisation*

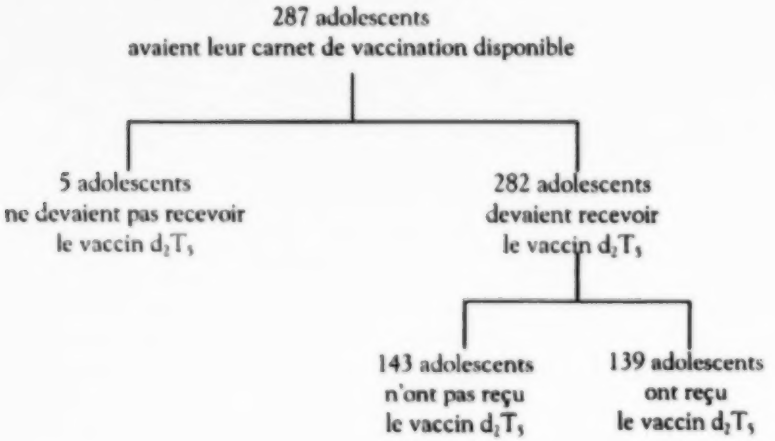
Parmi les 287 adolescents pour lesquels le carnet de vaccination était disponible, la grande majorité (95,5 %) avaient reçu toutes les doses de vaccins recommandées dans le calendrier régulier d'immunisation du Québec (Annexe 3). Quant aux 13 adolescents n'ayant pas reçu les doses prévues au calendrier régulier d'immunisation, cinq d'entre eux avaient reçu quatre doses et huit avaient reçu trois doses.

En ce qui concerne les 58 adolescents pour lesquels le carnet de vaccination n'était pas disponible, 54 se disaient vaccinés mais ne pouvaient en fournir la preuve, un seul n'avait reçu aucun vaccin et trois ignoraient leur statut vaccinal.

2.5 *Lieu d'administration du vaccin d_2T_5*

Le vaccin d_2T_5 a été administré le plus fréquemment à l'école (57,6 %) et au CLSC (28,8 %). Le vaccin a aussi été administré aux adolescents dans les cliniques médicales (7,9 %) et dans les urgences des centres hospitaliers (3,6 %). Le lieu de vaccination était inconnu pour trois adolescents. Parmi l'ensemble des 56 vaccins administrés hors du milieu scolaire, c'est-à-dire au CLSC, dans une clinique médicale ou dans un centre hospitalier, le quart des vaccins (14/56) ont été administrés dans le cadre des soins donnés suite à une blessure. La vaccination dans ce contexte rejoint 4,9 % de l'ensemble des adolescents (14/287).

Figure 2 : Données vaccinales des adolescents de 15 ans avec un carnet de vaccination disponible, Montérégie, 1999



2.5.1 Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 pour l'ensemble de la Montérégie

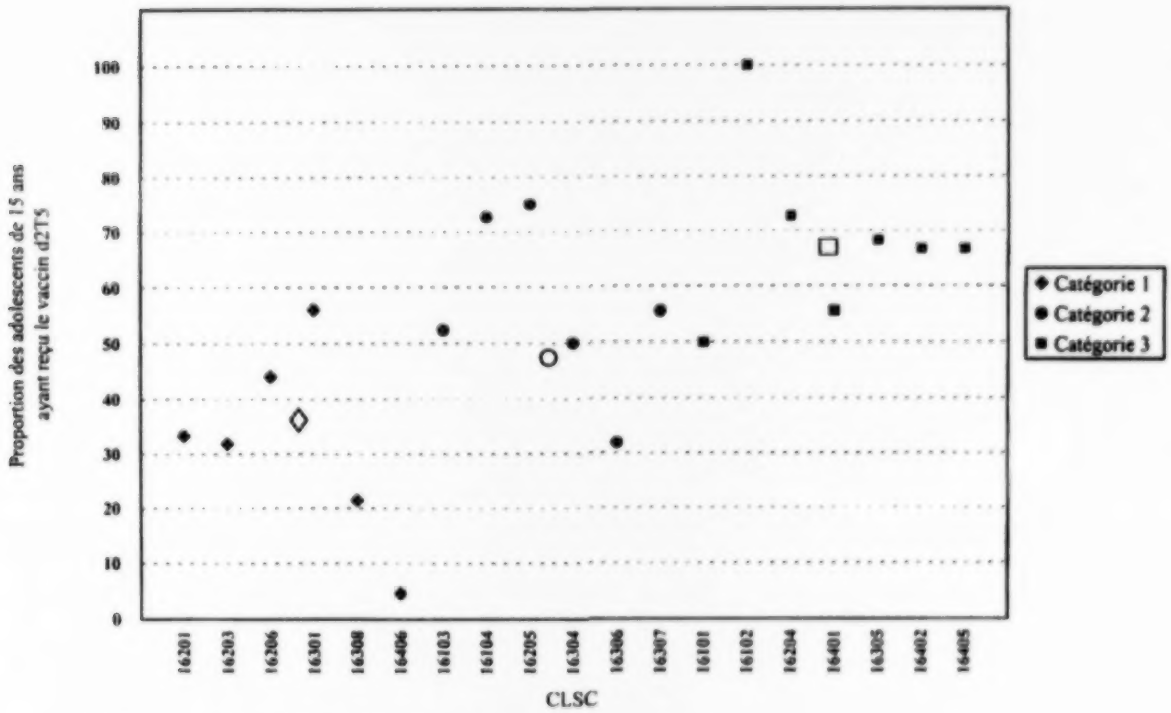
Selon le calendrier régulier d'immunisation du Québec, l'intervalle minimum entre la primo-immunisation et la dose de rappel du vaccin d_2T_5 est de cinq ans. Au moment de l'étude, cinq adolescents n'avaient pas à recevoir une dose de rappel du vaccin d_2T_5 parce que la dose précédente du vaccin avait été administrée moins de 5 ans auparavant. Parmi les 282 adolescents qui devaient recevoir le vaccin d_2T_5, 139 avaient reçu le vaccin et 143 ne l'avaient pas reçu. En Montérégie, le taux de couverture vaccinale des adolescents de 15 ans en regard des vaccins contre la diphtérie et le tétanos est estimé à 50,2 % (I. C. 44 %-56 %).

2.5.2 Couverture vaccinale selon le CLSC

Sept adolescents résidant en Montérégie fréquentaient une école située sur un territoire autre que la Montérégie. Le graphique suivant présente la proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 par CLSC et par catégorie. La proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 varie beaucoup selon le CLSC responsable du service de santé scolaire de l'école fréquentée en secondaire III. Toutefois, les différences observées au niveau de la moyenne du taux de couverture vaccinale selon les trois catégories de stratégie d'administration du vaccin d_2T_5 sont statistiquement significatives.

On retrouve le taux de couverture vaccinale le plus bas (36,8 %) dans la catégorie 1 où la vaccination n'est pas offerte en milieu scolaire et le taux le plus élevé (67 %) dans la catégorie 3 où la vaccination en milieu scolaire est faite systématiquement durant les heures de classe. Quant au taux de couverture vaccinale de la catégorie 2, il se situe entre ces deux valeurs (46,9 %).

Graphique : Proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 selon la stratégie d'administration du vaccin par le CLSC responsable du service de santé scolaire de l'école fréquentée en secondaire III, Montérégie, 1999



Note : Les figures vides représentent la moyenne de chacune des catégories

NOMS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION DES CLSC DE LA MONTÉRÉGIE

16101	CLSC Châteauguay	16304	CLSC Samuel de Champlain
16102	CLSC Huntingdon	16305	CLSC Katéri
16103	CLSC La Presqu'Île	16306	CLSC Saint-Hubert
16104	CLSC Seigneurie de Beauharnois	16307	CLSC Longueuil-Est
16201	CLSC du Havre	16308	CLSC Longueuil-Ouest
16203	CLSC Des Maskoutains	16401	CLSC/CHSLD La Pommeraie
16204	CLSC/CHSLD Vallée du Richelieu	16402	CLSC du Richelieu
16205	CLSC La Chênaie	16405	CLSC Jardin du Québec
16206	CLSC de la Haute-Yamaska	16406	CLSC/CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
16301	CLSC Des Seigneuries		

3. DISCUSSION

3.1 Méthodologie

3.1.1 Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage retenue pour l'étude, à savoir un échantillon constitué par la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) à partir des inscriptions dans son fichier nominal s'est révélée une méthode rapide, facile et peu coûteuse. Le délai pour obtenir l'autorisation de la Commission d'accès à l'information (CAI) afin d'avoir accès au fichier nominal de la RAMQ a été de quatre jours, la RAMQ a accepté de constituer l'échantillon la journée même où elle a reçu la demande et l'obtention des données nominales de l'échantillon, sur support papier et électronique, n'a nécessité que six jours ouvrables.

3.1.2 Méthode de collecte des données

Le fait d'avoir engagé et formé une infirmière pour réaliser les entrevues téléphoniques a permis de tirer profit des avantages reliés à l'enquête téléphonique, tout en évitant un important inconvénient lié au manque de formation des enquêteurs lorsqu'une enquête téléphonique est faite par un sous-traitant[15]. De plus, des données de qualité ont pu être obtenues pour un coût moindre que celui relié à l'emploi de questionnaires postaux avec une relance.

Le taux de réponse a été très élevé (95,3 %) et le carnet de vaccination était disponible à la maison pour la majorité (83,2 %) des adolescents à l'étude. La présence de l'infirmière réalisant l'entrevue permettait de contrôler l'exactitude des données fournies par la RAMQ, de vérifier la compréhension des questions, notamment pour les personnes dont la langue maternelle n'était ni le français, ni l'anglais, et d'aider à la lecture des renseignements inscrits dans le carnet de vaccination.

3.2 *Résultats*

3.2.1 *Représentativité des répondants*

On peut assumer que la population rejointe est représentative de l'ensemble de la population à l'étude étant donné le taux élevé de réponse (86,4 %) et le faible taux de refus (4,7 %). On observe aussi une distribution proportionnelle sur le territoire de la Montérégie des répondants rejoints et non rejoints.

3.2.2 *Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 pour l'ensemble de la Montérégie*

Cette étude démontre que la moitié seulement 50,2 % (I. C. 44 % - 56 %) des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie ont reçu le vaccin d_2T_5, alors que l'objectif des *Priorités nationales de santé publique* est qu'en l'an 2002, 95 % des enfants de 15 ans aient reçu les vaccins du calendrier régulier dont le vaccin d_2T_5. Le taux obtenu en Montérégie est inférieur à celui de d'autres régions du Québec pour lesquelles l'information est disponible.

Dans le cadre de la rédaction du deuxième bilan des résultats attendus des priorités nationales, certaines directions de santé publique ont été en mesure de fournir des données sur la couverture vaccinale des élèves de secondaire III. Le taux de couverture vaccinale pour les vaccins contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5) dans les régions de l'Estrie, de Québec, de Mauricie-Bois-Francs et de Laval est respectivement de 84 %, 85 %, 85 % et 86 % et il atteint 98 % dans la région de la Côte-Nord[15]. Dans ces régions, les CLSC administrent le vaccin d_2T_5 en milieu scolaire.

3.2.3 *Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 selon la stratégie d'administration du vaccin par le CLSC*

En ce qui a trait au vaccin d_2T_5, la vaccination faite de façon systématique en milieu scolaire durant les heures de classe procure un taux de couverture vaccinale plus élevé (67 %) que le taux obtenu lorsque la vaccination est offerte en milieu scolaire hors des heures de classe (46,9 %) ou lorsque la vaccination se fait au CLSC (36,8 %). Ces taux de couverture vaccinale sont inférieurs aux taux obtenus pour le vaccin contre l'hépatite B administré en 4e année du primaire soit 87 % si la vaccination est faite à l'école et 73 % si la vaccination est faite au CLSC[9].

Les différences de couverture vaccinale entre chacune des trois catégories sont statistiquement significatives. Cependant, il faut noter qu'à l'intérieur d'une même catégorie, la proportion des adolescents de 15 ans ayant reçu le vaccin d_2T_5 varie beaucoup d'un CLSC à l'autre. Ainsi, un CLSC qui ne vaccine pas en milieu scolaire peut avoir un taux de couverture vaccinale semblable à celui d'un CLSC qui vaccine de façon systématique en milieu scolaire. Des facteurs autres que le lieu de vaccination sont alors à prendre en considération.

Le tableau suivant compare les taux de couverture vaccinale des CLSC obtenus au cours de l'étude à ceux obtenus des CLSC dans leur rapport d'intervention pour l'année scolaire 1998-1999. Ces taux sont similaires pour la majorité des CLSC (9/12) qui ont fourni des données en 1998-1999. En ce qui concerne les trois CLSC où on observe une différence entre les taux, cette dernière s'explique par deux raisons. Le taux de couverture vaccinale de l'étude est plus bas que celui de l'année 1998-1999 pour deux CLSC parce que ceux-ci en étaient à leur première année de vaccination en milieu scolaire. Un CLSC présente un taux de couverture vaccinale de l'étude plus élevé que celui enregistré pour l'année 1998-1999 étant donné le petit nombre d'adolescents rejoints au cours de l'étude et résidant sur le territoire de ce CLSC.

CLSC	Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 obtenue au cours de l'étude	Couverture vaccinale du vaccin d_2T_5 obtenue dans le rapport d'intervention des CLSC pour 1998-1999
16101	50 %	non disponible
16102	100 %	87,9 %
16103	52,4 %	60,4 %
16104	72,7 %	65,4 %
16201	33,3 %	non disponible
16203	31,8 %	non disponible
16204	72,7 %	79 %
16205	75 %	53,8 %
16206	44 %	non disponible
16301	56 %	non disponible
16304	50 %	68,8 %
16305	68,2 %	68,6 %
16306	31,8 %	78,2 %
16307	55,6 %	53,6 %
16308	21,4 %	non disponible
16401	55,6 %	78,3 %
16402	66,7 %	72,4 %
16405	66,7 %	72,5 %
16406	4,6 %	non disponible

CONCLUSION

En 1999, la moitié des adolescents de 15 ans résidant en Montérégie ont reçu le vaccin d_2T_5 comparativement au résultat attendu pour 2002 que 95 % des adolescents de 15 ans aient reçu les rappels du calendrier régulier dont le vaccin contre la diphtérie et le tétanos (d_2T_5). Le taux de couverture vaccinale varie selon la stratégie d'administration du vaccin d_2T_5 par les CLSC. Le taux le plus élevé est obtenu lorsque la vaccination se fait en milieu scolaire durent les heures de classe.

En ce qui concerne l'atteinte d'un taux de couverture vaccinale de 95 % pour le vaccin d_2T_5, il est recommandé que tous les CLSC incluent, le plus rapidement possible dans leur programme de santé scolaire, l'administration de ce vaccin au niveau de secondaire III. De plus, cette intervention devrait être l'occasion de faire la mise à jour de la vaccination de chaque adolescent de secondaire III afin d'être en mesure d'atteindre l'objectif global des *Priorités nationales de santé publique* à l'effet que 95 % des adolescents de 15 ans aient reçu le vaccin contre l'hépatite B ainsi que les rappels du calendrier régulier. Une intervention dans ce groupe d'âge constitue la dernière chance de rejoindre une clientèle captive et d'obtenir une bonne protection de la population contre les maladies évitables par l'immunisation de base. Plusieurs de ces maladies sont au seuil de l'élimination et l'immunisation est le seul moyen efficace pour les éliminer.

ANNEXE 1

Questionnaire d'enquête

Numéro : _____

Heure du début : _____

Étude sur la couverture vaccinale d_2T_5 chez les adolescents de la Montérégie

Téléphone : (____) ____ - _____

Ville de résidence du répondant : _____

Ne rien inscrire dans cet espace
CLSC : _____
(résidence actuelle)

DATE	HEURE	RÉSULTAT DE L'APPEL

QC : questionnaire complet
QP : questionnaire partiel (quand complet ?)
PR : pas de réponse
AB : absent
RE : de retour (quand ?)
REF : refus (raison ?)
MN : mauvais numéro
DÉC : tél. déconnecté

« Étant donné que l'étude porte sur la vaccination des adolescents nés en 1983, nous allons parler de *(nom de l'enfant)* »

1. À quelle école était-il(elle) lorsqu'il(elle) a fait son secondaire 3 (ou l'équivalent) ?

   _____

2. Dans quelle ville se situe cette école ?

   _____

Ne rien inscrire dans cet espace
CLSC : _____
(école)

3. Lorsque *(nom de l'enfant)* était en secondaire 3 (ou l'équivalent), *(nom de l'enfant)* habitait-il(elle) au même endroit où il(elle) habite actuellement ?

   1 NON → Quelle était son adresse à ce moment ?

   _____

   _____

   2 OUI

   Ne rien inscrire dans cet espace
   CLSC : _____
   (maison, secondaire 3)

4. « Pour le reste du questionnaire, nous allons avoir besoin du carnet de vaccination de *(nom de l'enfant)*. Vous souvenez-vous à peu près à quel endroit il se trouve ? »

   Si oui → *« Je vais vous attendre pendant que vous aller le chercher »*

   Si non → *« Je peux vous rappeler dans quelques minutes pour vous donner le temps de le retrouver. Quand voulez-vous que je vous rappelle ? »*

Après recherche, le carnet est-il disponible ?

1 **OUI**

2 **NON** ⇨ « Selon vous, *(nom de l'enfant)* a-t-il(elle) été vacciné(e) contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos ? »

1 OUI (sans preuve) →

2 NON → **Allez à la question 7**

3 NE SAIT PAS →

Pour extraire les informations du carnet :

1. **Voir « Renseignements généraux », page 7 ou 5**
   Vérifier qu'il s'agit bien du carnet de l'enfant à l'étude.
2. **Voir « Immunisations », section « diphtérie, coqueluche, tétanos » page 13, 16 ou 10.**
   Identifier tous les vaccins contre la diphtérie / tétanos (DCT, DPT, DT ou d_2T_5).
   Inscrire tous ces vaccins reçus dans le tableau, en précisant la dose et la date.
3. **Vérifier à la page 19, 21 ou 15 si des vaccins DCT, DPT, DT ou d_2T_5 y ont été inscrits.**
   Si oui, noter les informations comme précisé au point 2.
4. **Vérifier s'il y a une feuille collée ou libre dans le carnet.**
   Si oui, vérifier si les vaccins DCT, DPT, DT ou d_2T_5 y ont été inscrits.
   Si oui, noter les informations comme précisé au point 2.

Vaccins DCT, DPT, DT et d_2T_5

CARNET DE VACCINATION OBLIGATOIRE

VACCIN	DOSE	DATE	VALIDE (O/N)	REMARQUE

Note : Si l'enfant n'a pas reçu de d_2T_5, entourez « 7 » aux questions 5 et 6 et passez à la question 7.

5. Où a-t-il(elle) reçu son dernier vaccin d_2T_5 ?

1 À l'école

2 Au CLSC

3 Dans une clinique médicale

4 Dans une urgence d'un centre hospitalier

5 Autre ⇨ _____

7 Ne s'applique pas **(pas de d_2T_5 reçu)**

9 Ne sait pas

6. A-t-il(elle) reçu son dernier vaccin d_2T_5 parce qu'il(elle) s'était blessé(e) ?

1 NON

2 OUI

7 Ne s'applique pas **(pas de d_2T_5 reçu)**

9 Ne sait pas

Nous en sommes maintenant à la dernière question.

7. Combien de personnes vivent avec vous, en incluant les adultes et les enfants en garde partagée *(minimum 3 jours/semaine ou l'équivalent)* ?

_____ personne(s) : _____ enfants

_____ adultes

Le questionnaire est maintenant terminé ! Avez-vous des questions ?
Nous vous remercions pour votre collaboration

Heure fin : _____

Interprétation du statut vaccinal : **(primo-immunisation)**

2 Non (aucun vaccin reçu)

4 Complet pour l'âge **(carnet obligatoire)**

5 Incomplet pour l'âge **(carnet obligatoire)**
⇨ Nombre de doses valides reçues : _____

6 Vacciné(e) sans preuve

7 Inconnu du sujet (on ne connaît pas le statut vaccinal du sujet)

La personne devait-elle recevoir le d_2T_5 ? 1 OUI

2 NON

La personne a-t-elle reçu son d_2T_5 ? 1 OUI

2 NON

Qui était le(la) répondant(e) ? 1 Mère

2 Père

3 L'adolescent(e) concerné(e)

4 Autre ⇨ Spécifiez _____

ANNEXE 2

Aide mémoire

Aide mémoire

Carnet de vaccination « UN MUST »

Pour compléter la question portant sur les vaccins reçus, le (la) répondant(e) DOIT ABSOLUMENT consulter le carnet de vaccination pour répondre aux questions. Il n'est pas acceptable que le (la) répondant(e) ait recours à sa seule mémoire pour répondre à ces questions.

Non-réponse

Avant de considérer un(e) candidat(e) non-répondant(e), on doit :

1) avoir tenté de rejoindre cette personne au moins une fois dans chaque plage horaire, c'est-à-dire en avant-midi, en après-midi et en soirée. Les plages horaires doivent être situées dans des jours différents. Il faut donc trois jours différents pour appeler dans les trois plages horaires différentes.

2) ne pas avoir réussi à rejoindre cette personne à aucune occasion. Si on a pu la rejoindre, il s'agit alors soit d'un(e) répondant(e) (questionnaire complété) ou d'un refus (questionnaire non complété).

Le respect de ces règles est très important pour que les résultats de l'étude soient valides.

Confidentialité

Durant toute la durée de l'étude, les questionnaires et la liste de noms doivent être gardés sous clef constamment et ce **séparément**. Nous nous sommes engagées à respecter les règles les plus strictes en matière de confidentialité et les noms ainsi que les questionnaires sont les documents les plus névralgiques en matière de confidentialité. De même, les appels doivent être faits dans un lieu isolé afin que la teneur des conversations reste confidentielle.

Notes

Il ne faut pas hésiter à noter dans le questionnaire tous les éléments qui semblent pertinents à l'évaluation de la situation. Lorsqu'il n'y a pas d'espace spécifiquement prévu à cet effet, utiliser les marges. Toute information pourrait se révéler très précieuse, il ne faut jamais hésiter à prendre des notes.

ANNEXE 3

Réponses à certains motifs de refus

Réponses à certains motifs de refus

Lorsque les gens expriment leur refus de participer, on peut parfois tenter d'amener ces personnes à reconsidérer leur refus en explorant les raisons de celui-ci et en proposant des solutions telles que ces « phrases-clefs ». Il faut toutefois être prudent dans ces circonstances. C'est bien d'amener une personne à participer à une enquête téléphonique mais cela doit se faire dans le plus strict respect du consentement éclairé et il faut **toujours** respecter le refus de participer, car c'est là un droit fondamental. En conséquence, il ne faut pas insister si la personne persiste à refuser de participer malgré une de ces « phrases-clefs ». Il s'agit alors de la remercier de nous avoir accordé un peu de son temps et de rester courtois en toute circonstance.

Trop occupé	« Cela ne prendra que quelques minutes. » « Je suis désolée de vous avoir dérangé. Quand est-ce que je pourrais vous rappeler? »
Mauvaise santé, ne se sent pas bien	« Je suis désolée. Puis-je vous rappeler dans un jour ou deux? » ATTENTION : S'il s'agit d'une maladie sérieuse ou chronique, il faut s'excuser et spécifier que la personne ne sera pas rappelée.
Ne se sent pas adéquat, ne sait jamais quoi répondre	« Les questions ne sont pas très difficiles. Je pourrais peut-être vous lire les premières questions et vous pourrez voir comment ça va. »
Peur de l'intrusion dans la vie privée, de la diffusion de renseignements confidentiels	« Je comprends vos inquiétudes, et c'est pour cette raison que nos entrevues sont absolument confidentielles. Il n'y a pas de nom sur les questionnaires et il n'y a aucun moyen d'identifier les répondants de l'étude. »
S'oppose aux enquêtes	« Nous croyons que cette enquête est très importante car les résultats nous permettront d'offrir de meilleurs services pour la vaccination des adolescents. Mais pour y arriver, nous avons besoin de l'aide des parents puisqu'ils sont les seuls à connaître les informations dont nous avons besoin. »
S'oppose aux enquêtes téléphoniques	« Nous avons décidé de faire notre étude par téléphone parce qu'il n'y a pas beaucoup de questions et c'est la manière la plus facile de répondre aux questions de cette étude. C'est aussi la manière la plus rapide, ce qui nous permettra d'agir concrètement beaucoup plus rapidement. »

ANNEXE 4

Réponses à certaines questions des répondants

Réponses à certaines questions des répondants

À PROPOS DE L'ENQUÊTE

Q : Qu'est-ce que la Direction de la santé publique?

R : C'est un organisme qui est chargé de protéger la santé de la population. C'est la santé publique qui intervient lorsqu'un problème de santé touchant la population demande une évaluation et des actions précises.

Q : Qui finance l'étude?

R : L'étude est financée par une subvention que nous avons obtenue après avoir déposé un document dans lequel on présentait notre projet. Pour avoir cette subvention, il a fallu démontrer que notre étude était sérieuse, utile et bien conçue.

Q : Quel est le but de votre étude?

R : Le but de notre étude est de déterminer dans quelle mesure les adolescents de 15 ans sont vaccinés contre la diphtérie et le tétanos. C'est aussi un moyen de déterminer quelles sont les actions que nous devons mettre de l'avant pour protéger davantage les adolescents contre ces deux maladies.

Q : Qui est responsable de l'enquête? Est-ce que je peux lui parler?

R : L'enquête est sous la direction du docteure Lina Perron et vous pouvez la rejoindre au 450-928-6777 poste 3107.

À PROPOS DU RÉPONDANT

Q : Comment avez-vous obtenu mon nom?

R : Nous avons eu votre nom à partir des registres de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Nous n'avons jamais eu accès à votre dossier médical, ni à celui des membres de votre famille. Les seuls renseignements que la Régie de l'assurance-maladie nous a donnés, sont votre nom, le nom de votre enfant âgé de 15 ans et votre adresse.

Mais avant d'avoir ces renseignements, nous avons dû présenter notre projet à la Commission d'accès à l'information qui s'est assurée que notre demande était correcte et nous nous sommes engagées à respecter toutes les règles existantes en matière de confidentialité.

Q : Est-ce vraiment confidentiel?

R : Absolument. Il n'y a aucun nom sur les questionnaires, il s'agit d'un questionnaire codé avec un numéro. De plus, les questionnaires sont gardés sous clef tout au long de l'étude et la liste de noms sera détruite (déchiquetée) à la fin de l'étude.

Q : Pourrais-je avoir une copie des résultats (ou du questionnaire)?

R : Certainement. Je vais prendre en note votre demande et nous vous en ferons parvenir une copie dès que possible.

À PROPOS DU SUJET DE L'ENQUÊTE

Q : Combien de temps dois-je garder le carnet de vaccination de mes enfants?

R : Toujours. Dès l'âge adulte, vous pouvez le leur donner et leur conseiller de toujours le garder puisque c'est la manière la plus simple de vérifier le statut vaccinal d'une personne.

Q : Qu'est-ce que c'est la diphtérie et le tétanos?

R : Ce sont deux maladies infectieuses causées par des bactéries. Elles peuvent toutes les deux causer le décès mais ces deux maladies peuvent être prévenues par la vaccination.

ANNEXE 5

Début de l'entrevue

Début de l'entrevue

« Bonjour (bonsoir), j'aimerais parler à (*mère de l'enfant*). »

Si non disponible→ « Est-ce que je pourrais parler au père de (nom de l'enfant)? »

→ « Pouvez-vous me dire quand je pourrais rejoindre la mère de (nom de l'enfant)? »

« Bonjour (bonsoir), M (Mme), je m'appelle _____ et je suis infirmière à la Direction de la santé publique. Nous réalisons présentement une enquête auprès des parents qui ont un(e) adolescent(e) âgé(e) de 15 ans. Nous désirons évaluer la vaccination des adolescents contre la diphtérie et le tétanos. Les résultats nous permettront d'améliorer les services de vaccination chez les adolescents. Nous aimerions vous poser quelques questions. Cela devrait prendre environ 10 minutes. »

« Nous tenons à vous préciser que le nom de votre enfant a été tiré au hasard à partir des inscriptions de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Soyez assuré(e) que tous les renseignements que vous nous donnerez resteront absolument confidentiels. »

« Avez-vous des questions? Acceptez-vous de répondre à nos questions? »

Si oui → « Nous vous remercions. »

Si non → « Puis-je me permettre de vous demander quelle raison vous incite à refuser? »

Voir les réponses à certains motifs de refus et tenter de rattraper le cas. Si impossible, remercier la personne de son attention.

ANNEXE 6

Calendrier régulier d'immunisation du Québec

Calendrier régulier d'immunisation du Québec

Âge	Vaccins			
2 mois	DCaT	Polio inactivé	Hib	
4 mois	DCaT	Polio inactivé	Hib	
6 mois	DCaT	Polio inactivé	Hib	
1 an	RRO			
18 mois	DCaT	Polio inactivé	Hib	RRO
Entre 4 et 6 ans	DCaT	Polio inactivé		
4e année primaire	Hépatite B			
Entre 14 et 16 ans	d_2T_5			
50 ans	d_2T_5			
65 ans	Influenza	Pneumocoque		

BIBLIOGRAPHIE

1. Tengs T. O., M. E. Adams, J. S. Pliskin et coll. Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Analysis*, vol. 15, 1995, p.369-390

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1997, 103 p.

3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1999, 392 p.

4. Direction de la santé publique. *Programme régional de santé publique*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1996, 98 p.

5. Clouâtre A-M. *Couverture vaccinale contre l'hépatite B en 4e année du primaire selon le nombre de doses*, (rapport non publié), Longueuil, Direction de la santé publique de la Montérégie, 1999. 5 p.

6. Clouâtre A-M. *Proportion des étudiants de secondaire ayant reçu une dose du vaccin contre la rougeole*, (rapport non publié), Longueuil, Direction de la santé publique de la Montérégie, 1996, 3 p.

7. Clouâtre A-M. *Couverture vaccinale contre la rougeole des élèves inscrits en maternelle*, (rapport non publié), Longueuil, Direction de la santé publique de la Montérégie, 1999, 3 p.

8. Guay M., M. Blackburn, A.M. Clouâtre et coll. *Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année hors du milieu scolaire. Comparaisons des coûts et de l'efficacité du programme et préférences de parents*, Longueuil, Direction de la santé publique de la Montérégie, 1999, 77 p.

9. Lapointe C. et P.M. Bernard. Méthode d'estimation des taux de couverture vaccinale des enfants, *L'Union Médicale du Canada*, 1982, p. 355-358

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Vers l'atteinte des résultats attendus : 1er bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, 1999, 146 p.

11. Dillman, D.A. *Mail and telephone surveys. The Total Design Method*, New York, John Wiley and Sons, 1978, 325 p.

12. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. *Bilan des activités de promotion-prévention en santé publique dans les CLSC de la Montérégie*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998, 288 p.

13. Perron, L. *Informations complémentaires sur l'administration du vaccin d_2T_5 en milieu scolaire*, (notes personnelles), Longueuil, 1999, 7 p.

14. Clouâtre, A.M. *Rapport d'intervention de la vaccination d_2T_5*, (rapport non publié), Longueuil, Direction de la santé publique de la Montérégie, 1999, 2 p.

15. Valiquette L. et coll. *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 24 à 30 mois de Montréal-Centre*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 53 p.

16. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Vers l'atteinte des résultats attendus : 2e bilan*, (document de travail), Québec, Direction générale de la santé publique, 1999, 196 p.

Combien d'adolescents de 15 ans habitant la Montérégie ont reçu le vaccin d_2T_5 contre la diphtérie et le tétanos ? Quels sont les meilleurs moyens pour que, d'ici l'an 2002, on réussisse à ce que 95 % de ces jeunes aient reçu le vaccin tel qu'établi dans les priorités nationales de santé publique ? Voici des questions sur lesquelles s'est penchée l'équipe de maladies transmissibles de la Direction de la santé publique de la Montérégie en vue d'améliorer la couverture vaccinale de cette population.

Bien que les bienfaits de la vaccination ne soient plus à démontrer et que la majorité de la population en soit bien convaincue, la couverture vaccinale demeure encore peu documentée. Ainsi, après avoir réalisé une enquête auprès de quelques centaines d'adolescents, cette étude présente la proportion des adolescents de la Montérégie qui ont reçu le vaccin d_2T_5 tel que recommandé dans le calendrier d'immunisation du Québec.

Cette étude tient compte de la diversité des façons de faire des CLSC pour l'administration du vaccin d_2T_5. On y retrouve une comparaison des taux de couverture vaccinale atteints selon les stratégies d'administration du vaccin utilisées. Ce rapport propose aussi des améliorations permettant l'atteinte de l'objectif des priorités nationales, soit qu'en 2002, 95 % des adolescents soient vaccinés contre la diphtérie et le tétanos, permettant ainsi de protéger le plus grand nombre possible d'adolescents.

LINA PERRON